



MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

		ALTERAÇÃO DE PERFIL DE INVESTIMENTO PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV 2011.0004-83				
Instituidor				Matricula no Plano		
Nome Completo do Participante (sem abreviações)				CPF		
CEP	Endereço (Logradouro)				Número	
Complemento	País	UF	Município		Bairro	
Telefone Comercial	Telefone Celular	Telefone Residencial	E-mail			

Declaro, para fins de participação no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, ter pleno conhecimento das normas estatutárias e regulamentares aplicáveis e, de acordo com o Regulamento do Plano, formalizo, por minha conta e risco e sob a minha exclusiva responsabilidade, a minha escolha de Perfil de Investimento para aplicação dos recursos de minha **Conta de Participante**, conforme opção abaixo:

CONSERVADORA FIX **CONSERVADORA RF** **MODERADA MIX 15** **ARROJADA MIX 30**

Declaro ainda, estar ciente dos riscos a que estão expostos os investimentos realizados através de renda fixa e renda variável.

Ter recebido do Instituidor/Sociedade a Política de Investimentos das Carteiras do Plano contendo informações necessárias sobre os perfis de Investimentos que serviram de base para a escolha da Carteira que atende às características e necessidades de alocação dos recursos a mim pertinentes.

Estar ciente que a opção por uma das Carteiras de Investimento só poderá ser alterada nos meses de **Janeiro, Maio e Setembro** de cada ano, sendo que a Entidade deverá recepcionar o formulário próprio para **alteração**, devidamente preenchido, até o 15º dia do mês em referência. Caso o formulário seja recepcionado pela Entidade após o referido prazo, este será desconsiderado.

A opção será implantada a partir do mês subsequente, e não havendo manifestação do Participante e Assistido, seus recursos serão mantidos na última carteira de investimento escolhida.

Estar ciente que os riscos financeiros envolvidos e rentabilidade obtida no passado não representam garantia de resultados futuros. O plano não conta com quaisquer garantias para cobertura de possíveis perdas ocorridas na Carteira escolhida.

Local e data

Assinatura do Participante

Assinatura e carimbo Representante
Outorgado do Plano

***Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.**

1ª via MultiBRA / 2ª via Instituidor / 3ª via Participante